

- Items 64, 72, 326 et 332 mis à jour
- **Lecture critique** d'article
- **Quiz** : Interprétation d'un ECG
- **Photothèques**
- Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ? **Les réponses**
- **Tests** de lecture
- **Tous les items** en version PDF

RÉFÉRENCES UNIVERSITAIRES

Trois cas de « pensée unique » Points et contrepoints

Jean-Michel Chabot
Faculté de médecine,
Marseille

Les évolutions continues qui rythment la vie des systèmes politiques, sociaux ou professionnels, font émerger à échéances assez régulières certaines considérations qui peuvent cristalliser et ainsi constituer une « pensée unique ».

Ces considérations, et la pensée unique qu'elles déterminent, recueillent alors une quasi-unanimité autant qu'elles font autorité. Puis leur destinée varie depuis la pérennisation (rare) jusqu'à la dissolution lente (le plus souvent).

Évidemment, le monde de la santé n'échappe pas à ces « pensées uniques ».

En témoignent les trois cas suivants qui en constituent des illustrations contemporaines ; heureusement complétées par autant d'éléments critiques. Les trois cas rapportés ici concernent l'organisation de l'exercice médical professionnel, dont chacun perçoit bien que les multiples contraintes qui pèsent sur lui impliquent des adaptations, lesquelles apparaissent le plus souvent contradictoires avec la tradition médicale « libérale » et finalement davantage subies que promues par les professionnels eux-mêmes.

Il s'agit pour le premier cas des maisons de santé pluriprofessionnelles, pour le deuxième du paiement à la performance, et pour le troisième des critères/indicateurs de bonne pratique clinique.

S'agissant des maisons de santé (ou bien des pôles, dont la finalité est comparable tout en s'affranchissant de l'unité de lieu), on voit bien qu'elles constituent un modèle d'exercice clinique qui semble correspondre aux aspirations majoritaires des

nouvelles générations. La sécurité et le confort d'un travail en équipe y sont manifestes ; le regroupement des moyens permet de disposer de personnels de soutien qui assurent la plus grande part des tâches administratives.

De même, l'organisation des prises en charge par une équipe pluriprofessionnelle et les nouvelles coopérations qui peuvent en découler sont plutôt porteuses d'une qualité de soins renouvelée, au bénéfice des patients.

Enfin, les politiques travaillant à l'échelon national ou à l'échelon régional, en particulier soucieux de maintenir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire, ont fait de ces maisons de santé un élément central de leur argumentaire. Tout cela concourt donc à l'élaboration d'une « pensée unique ».

D'autant que ces réflexions ne sont pas propres à la France. Elles sont par exemple présentes en Amérique du Nord où les *Patient-Centered Medical Homes* portent sensiblement le même projet d'organisation médicale que nos maisons de santé. Pourtant, d'emblée, ces *Medical Homes* sont eux-mêmes l'objet d'une analyse de leurs avantages et de leurs inconvénients.

Trois leçons¹ sont ainsi tirées (par des universitaires, membres d'une école de management texane) à partir de l'expérience développée au cours des 30 dernières années dans les *Health Maintenance Organizations*.

Ces trois leçons, qui constituent les contrepoints à la pensée unique (et dont nous pourrions nous inspirer, même si les contextes restent différents des deux côtés de l'Atlantique), sont les suivantes :

– assurez-vous que les patients développent une relation de confiance avec les médecins et les autres professionnels et qu'ils n'aient pas le sentiment dominant que ces réorganisations sont avant tout faites pour limiter l'accès au soins et contrôler les dépenses de santé ;

– veillez à ce que les *Medical Homes* regroupent un nombre suffisant de professionnels et disposent des moyens matériels et techniques adaptés ;

– mettez en œuvre des modalités de rémunération des professionnels innovantes, qui soient non seulement fondées sur la recherche d'efficience, mais également sur la qualité des pratiques et la satisfaction des patients.

Cette dernière leçon constitue une transition vers la deuxième « pensée unique » qui concerne le paiement « à la performance » des médecins.

Le sujet vient de connaître une actualité nourrie en France, après que l'Assurance maladie ait enregistré, en moins de 6 mois, près de 15 000 adhésions de médecins généralistes au contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) qu'elle leur proposait (alors que plusieurs organisations professionnelles et le Conseil national de l'Ordre émettaient des réserves sur cette évolution sensible du mode de rémunération des médecins libéraux).

Justement, nos amis nord-américains viennent de passer au crible de leur définition rénovée du professionnalisme médical l'éventualité du « paiement à la performance » (*pay for performance* ou « P4P »).

Cette redéfinition du professionnalisme médical aux États-Unis est récente. Elle a été conduite au début des années 2000 par l'*American College of Physicians* (ACP) auquel adhèrent plus de 100 000 des 700 000 médecins exerçant aux États-Unis.

Ainsi redéfini, le professionnalisme médical – correspondant dans une large mesure à notre Code de déontologie – s'articule autour de trois principes fondamentaux et dix engagements réunis dans une charte et exprimant la responsabilisation du corps médical professionnel. Cette charte a déjà été évoquée dans ces colonnes.^{2,3}

Et, en 2010, l'ACP reprend l'initiative pour constater que la charte du professionnalisme publiée en 2002 est muette sur une éventuelle diversification des modes de rémunération des médecins.⁴

L'ACP poursuit en observant que finalement n'importe quel mode de rémunération est susceptible d'influer sur la motivation des professionnels et d'entrer alors en contradiction avec l'un ou l'autre des engagements de la charte du professionnalisme.

Enfin, l'ACP s'engage en proposant que les rémunérations à la performance puissent être prioritairement orientées sur les bénéfices cliniques objectifs ou subjectifs que pourraient éprouver les malades, et conclut – de manière utopique – en anticipant que des politiques de « P4P » bien conduites pourraient conforter la relation de confiance entre chaque malade et son médecin.

La troisième pensée unique concerne les indicateurs de bonne pratique et plus particulièrement la conception binaire qu'ils supportent, selon laquelle le respect du critère/indicateur caractériserait la bonne pratique et – sans aucune marge d'interprétation – le non-respect stigmatiserait l'insuffisance des pratiques. Heureusement cette « dictature » des critères/indicateurs vient elle aussi de connaître son contrepoint sous la forme d'un travail conduit par une équipe de chercheurs, sous *leadership* médical, d'une université de Chicago.⁵

Ce travail a consisté à analyser pendant huit mois les pratiques de 160 médecins (39 seniors et 121 internes). Les malades (plusieurs milliers) étaient des coronariens, des insuffisants cardiaques ou des diabétiques, pour lesquels des critères de bonne pratique étaient regroupés dans leurs protocoles de prise en charge. L'innovation résidait dans la possibilité offerte à chaque médecin de déroger à ces critères de bonne pratique, dès lors que la situation clinique du malade en cause le justifiait et que le médecin en charge du malade le signalait.

Cette possibilité a été mise en œuvre à 650 reprises. Une analyse rétrospective a montré que dans près de 95 % des cas, la dérogation à l'un ou l'autre des critères de bonne pratique était « appropriée ». Surtout, ce travail montre qu'une approche plus « ouverte » de l'application d'une médecine protocolée, intégrant la possibilité d'exception(s), favorise l'adhésion des médecins et limite les saisies erronées (*gaming*) qui compromettent la fiabilité du suivi des indicateurs de bonne pratique.

Ainsi vont les points et contrepoints des « pensées uniques ». •

1. Mirabito AM, Berry LL. Lessons that Patient-Centered Medical Homes can learn from the mistakes of HMO. *Ann Intern Med* 2010;152:182-5.
2. Chabot JM. Professionnalisme médical: trois règles et dix engagements. *Rev Prat* 2003; 53:1223-4.
3. Chabot JM. Le professionnalisme médical et la parabole du docteur H. C. Sox. *Rev Prat* 2008;58:303-4.
4. Quaseem A, Snow V, Gosfield A, et al. Pay for performance through the lens of medical professionalism. *Ann Intern Med* 2010;152:366-9.
5. Persell SD, Dolan NC, Friesema EM, et al. Frequency of inappropriate medical exceptions to quality measures. *Ann Intern Med* 2010;152:225-31.